

病児・病後児保育事業 児童票

記入日 年 月 日 登録No. ー

児童	ふりがな		愛称				
	氏名		性別		生年月日	年 月 日	
	通園（学）先				電話番号		
	かかりつけ医				電話番号		
	兄弟構成	兄（ 歳） 姉（ 歳） 弟（ 歳） 妹（ 歳） （ ）（ 歳）					
住所	〒	固定電話					
		E-Mail					
保護者	氏名			氏名			
	携帯電話			携帯電話			
緊急連絡先	上記以外の連絡先①			上記以外の連絡先②			
	氏名（名称）			氏名（名称）			
	電話番号			電話番号			
	児童との関係	祖父母・保護者勤務先・その他（ ）		児童との関係	祖父母・保護者勤務先・その他（ ）		
生活状況等	食事は一人で食べられますか？	①はしで ②スプーンで ③食べさせてもらう					
	排泄（大・小）は？	①ひとりのできる（大・小） ②教える（大・小） ③教えない（大・小） ④動作等で教える（ ）					
	寝るときの姿勢は？	①うつぶせ ②仰向け ③横向き					
	寝るときの癖は？	（添い寝・一人寝）①おんぶ ②抱っこ ③指しゃぶり					
	特に好きなもの・遊びはありますか？						
	特に嫌いなものはありますか？ （どのようになりますか？）						
	現在、自宅で気をつけているしつけや習慣はありますか？						
	配慮を要する行動はありますか？ （例）人見知りがはげしい						
周産期	妊娠中の異常	①なし ②あり（ ）					
	出生時体重	g					
	出生の時期	①予定通り②（ ）日早い・遅い（在胎 週）					
	出産時の異常	①なし ②あり（ ）					
乳幼児期の発達	首のすわり	か月	おすわり	か月	一人歩き	か月	
	人見知り	か月	後追い	歳 か月			
	初語（意味のある言葉）	歳 か月		栄養	①母乳 ②混合 ③人工		
	離乳食開始時期	前期：	か月	中期：	か月	後期：	か月
	幼児食	歳 か月					

予防接種	予防接種名		年・月・日		予防接種名		年・月・日		
	BCG		・ ・		MR	I期	・ ・		
	四種混合	1期初回	1回	・ ・		II期	・ ・		
			2回	・ ・		日本脳炎	1回	・ ・	
			3回	・ ・			2回	・ ・	
		1期追加	・ ・		I期追加	・ ・			
	Hib	1回	・ ・		肺炎球菌	1回	・ ・		
		2回	・ ・			2回	・ ・		
		3回	・ ・			3回	・ ・		
		追加	・ ・			追加	・ ・		
	ロタウイルス	1回	・ ・		水痘	1	・ ・		
		2回	・ ・			2	・ ・		
		3回	・ ・		おたふくかぜ		・ ・		
	B型肝炎	1回	・ ・			・ ・			
2回		・ ・			・ ・				
感染症歴	はしか		歳 ヶ月		水ぼうそう		歳 ヶ月		
	百日咳		歳 ヶ月		おたふくかぜ		歳 ヶ月		
	肝炎 (B型・C型)		歳 ヶ月		(キャリアでない ・ ある)				
	その他		*具体的にご記入ください。						
傷病歴	熱性けいれん	初回	歳 ヶ月	直近	歳 ヶ月	これまでに	回		
	喘息		毎日薬を飲んで ①いる ②いない 発作時のみ (頻度 年・月・週 回)						
	喘息性気管支炎		毎日吸入治療をして ①いる ②いない 発作時のみ (頻度 年・月・週 回)						
	アトピー性皮膚炎		①ない ②ある (内服薬・食事療法)						
	その他の病気								
入院したことがありますか		①ない ②ある		傷病名		入院時の年齢	歳 か月		
内服薬	*けいれん、喘息、アトピー性皮膚炎等で、常時内服しているお薬があれば、薬名と内服時間をお書きください。								
食事制限	*アレルギーによる食品の制限やカロリー、糖分、塩分など、かかりつけ医等から食事制限の指示を受けている場合は具体的にお書きください。								
その他	*体質、(薬物アレルギー等) や行動の特徴など、配慮してほしいことや伝えておきたいことがありましたら、具体的にお書きください。								